

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

Otras formas de presentación del síntoma.

Scandalo, Rosana.

Cita:

Scandalo, Rosana (2019). *Otras formas de presentación del síntoma*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/645>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/uhf>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

OTRAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA

Scandalo, Rosana

Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

Este trabajo se propone una breve articulación bibliográfica sobre las posiciones subjetivas de los pacientes que en la actualidad, con un gran aumento de la prevalencia, concurren a la consulta con presentaciones clínicas donde predomina la angustia y sus diversas soluciones por vía de la acción: ataque de pánico, adicciones, juego compulsivo, trastornos alimentarios, entre otros. Esto implica un abordaje clínico que no se ubica en la trama del síntoma y su interpretación debido a que dichas presentaciones, como mostraciones, pasajes al acto, inhibiciones generalizadas, revelan la dificultad de lo simbólico para anudar el malestar y el predominio de lo pulsional.

Palabras clave

Síntoma - Angustia - Subjetividad - Actualidad

ABSTRACT

OTHER FORMS OF PRESENTATION OF THE SYMPTOM

This work proposes a brief bibliographical articulation on the subjective positions of patients who, at present, with a great increase in prevalence, come to the consultation with clinical presentations where anguish predominates and its diverse solutions by way of action: panic attack, addictions, compulsive gambling, food disorders, among others. This implies a clinical approach that is not located in the plot of the symptom and its interpretation because such presentations, such as shows, passages to the act, generalized inhibitions, reveal the difficulty of the symbolic to knot the discomfort and the predominance of the pulsional.

Key words

Symptom - Anguish - Subjectivity - Actuality

Síntoma y clínica: una introducción

La clínica psicoanalítica desde el comienzo, estructuró su campo a partir del síntoma neurótico. El síntoma, tal como es descrito por Freud particularmente en la histeria, es una formación que localiza la presencia del inconciente en la vida psíquica del sujeto.

Si pensamos el síntoma desde la primera tópica freudiana en serie con las formaciones del inconciente: sueños, chistes, olvidos y actos fallidos podemos observar el acento puesto en la dimensión de mensaje del síntoma y su desciframiento a través de la asociación libre y la interpretación. La satisfacción que conlleva el síntoma es disuelta a través del desciframiento y la

libido queda disponible para otros objetos. Por ejemplo el dolor en las piernas de Isabel de R. se le presenta a Freud como una frase a ser leída y descifrada. Doble cara del síntoma: dice algo pero de manera enigmática conservando la dimensión de lo no sabido.

A partir de “Más allá del principio del placer”, en 1920, en el viraje que va dando Freud para conceptualizar lo que encuentra en su clínica, el síntoma va a ir acentuando el carácter de insistencia, de fijación y de satisfacción. En “Inhibición, síntoma y angustia” es puesto en serie justamente con la inhibición y la angustia y no con las otras formaciones del inconciente.

Lacan, al comienzo de su enseñanza, acentúa el aspecto de verdad que conlleva el síntoma; el síntoma se presenta como manifestación de una verdad a develar, como una verdad reprimida que retorna en el síntoma:

“El inconciente es ese capítulo de mi historia que está marcado por un blanco u ocupado por un embuste: es el capítulo censurado. Pero la verdad puede volverse a encontrar; lo más a menudo ya está escrita en otra parte. A saber: -en los monumentos: y esto es mi cuerpo, es decir, el núcleo histérico de la neurosis donde el síntoma histérico muestra la estructura de un lenguaje y se descifra como una inscripción...” (Lacan, J. 1954 pág. 249) La dimensión de mensaje a ser descifrado del síntoma es sostenida por Freud y Lacan a lo largo de toda su obra. En unos de sus últimos seminarios RSI Lacan afirma sobre el paciente:

“Si nos demanda nuestra ayuda, nuestro socorro, es porque él cree que el síntoma es capaz de decir algo, que solamente hay que descifrarlo” (Lacan, J. 1974)

Esta presentación clínica que alcanza el estatuto de síntoma analítico está sustentada en la creencia en el Otro al que se le supone un saber que el sujeto supuestamente no sabe. El Otro es garante del desciframiento del síntoma (transferencia). También hay creencia en el síntoma, ya que se le atribuye significación aún no sabida. Son síntomas que quieren decir Pero también va señalando en su recorrido que el síntoma no necesariamente llama al Otro, sólo lo hace en situaciones particulares, cuando el síntoma comienza a ser egodistónico y se percibe como “cuerpo extraño”, ya que según Lacan:

“El síntoma, en su naturaleza, es goce, no lo olviden, goce revestido, sin duda, (...) no los necesita a ustedes como el acting-out, se basta a sí mismo. Lacan, J. (1962) Pág. 139

También Lacan menciona la expresión “rechazo del inconciente” que podemos encontrarla desde el seminario “La identificación” en los siguientes términos:

“Es por el sesgo del inconciente del Otro que el sujeto hace su

entrada en el mundo del deseo, tendrá ante todo que constituir su propio deseo en tanto respuesta, en tanto aceptación o rechazo de tomar el lugar que el inconsciente del Otro le designa” Lacan, J. (1961) Pág. 139.

Bajo esta denominación “rechazo del inconsciente” podemos mencionar el mecanismo de la forclusión; el carácter y también algunas manifestaciones sintomáticas que son las que se han dado a llamar “nuevos síntomas” o “nuevas patologías”. Estos síntomas no sólo no quieren decir sino que no presentan ninguna apertura al Otro. Estas presentaciones de las que nos vamos a ocupar a lo largo del Seminario destacan el lado pulsional del síntoma; mientras el lado de mensaje que llama al Otro, se desvanece.

Entonces cuando nos referimos a otras presentaciones del síntoma nos estamos refiriendo a los síntomas que no quieren decir y que muestran su costado más pulsional. Ahora bien, si lo pulsional del síntoma se presenta desligado del Otro, ¿qué consecuencias tiene esto para el sujeto?

Posiciones subjetivas y lugar del Otro

Es necesario aclarar que estas presentaciones sintomáticas no implican en sí mismas una proliferación de las estructuras clínicas freudianas (neurosis, psicosis, perversión); no dan cuenta de la estructura como sí lo puede hacer el síntoma neurótico o el fenómeno elemental. Una presentación anoréxica puede ser la respuesta a un delirio de envenenamiento, por ejemplo, o tomando lo que diferencia Silvia Amigo en función de los recursos del paciente puede tratarse de un “eating disorder” histérico cuando es un recurso más del sujeto en su relación con el Otro o de un “eating disorder” vero cuando el único recurso que tiene el sujeto para barrar al Otro es no comer. Amigo, S. (2001) Pág. 136.

En este sentido los “nuevos síntomas” pueden declinar en una neurosis, en una psicosis o presentar una irreductibilidad tal a las estructuras ahí dónde estas posiciones subjetivas muestran la deficitaria articulación metafórica del síntoma. Esto último conduce a algunos autores como Recalcati a hablar de clínica borderlaine, son mencionadas también como patologías del acto; clínica de las afecciones narcisistas; clínica de las impulsiones. Lo que indica que su abordaje va a presentar diferencias con respecto al abordaje de la neurosis.

Vamos a retomar entonces el interrogante formulado acerca de las consecuencias que tiene para el sujeto que lo pulsional del síntoma se encuentre desligado del Otro

La cita del Sem. X de Lacan nos deja con algunos interrogantes, ya que, ¿Si el síntoma neurótico se basta a sí mismo en qué se diferencia de los “nuevos síntomas”? Voy a citar un comentario de Rabinovich sobre esto que permite pensar esa diferencia.

“El síntoma neurótico, dijo Lacan en varias oportunidades, se dirige a *personne*, que en francés significa “nadie” pero también “alguien”. No está dirigido a ninguna persona en particular; lo cual no evita que se dirija a *personne*, a un sujeto impersonal que no es sino ese Otro donde el saber es supuesto. ¿Qué valor

podría tener la verdad “mediodicha” en el síntoma si no apuntara a insertarse en el sistema del Otro? El efecto de verdad sólo puede definirse en relación al saber. En el caso del chiste, resulta evidente que para realizarse plenamente requiere que resuene en el Otro. En el síntoma histérico, obsesivo o fóbico, aunque ese Otro no esté encarnado, figura imaginariamente para el sujeto como lugar de destino del mensaje inconsciente. Porque incluyó al Otro en la realización del síntoma” (Rabinovich, N. pág. 94). En el sueño de la bella carnicera podemos observar cómo el síntoma que recorta un objeto oral, el caviar, le permite al sujeto sostener el deseo del Otro privándose de una satisfacción. Es un no sintomático que engancha al Otro, ella le pide al marido que no le de caviar “para poder seguir amándose con locura, es decir, darse la lata, hacerse la puñeta sin cesar” (Lacan, 372) También recurre a Freud (transferencia) y lo interpela ¿Esto qué quiere decir? Convoca al Otro para descifrar el saber no sabido sobre su síntoma. Ella pide (demanda) porque cuenta con el Otro.

“Lo que hace el lazo del deseo en tanto que es función del sujeto, del sujeto mismo designado como efecto del significante, es esto, es que el a es siempre demandado al Otro. Esa es la verdadera naturaleza del lazo que existe para ese ser que llamamos normado” (Lacan, 1967, pág. 25).

La castración simbólica, a través de la acción del significante, estructura la zona erógena que implica una pérdida de objeto (oral, anal, etc.), por lo tanto una pérdida de goce, ya que se vacía de goce el cuerpo; pero al mismo tiempo se busca un goce suplementario (plus de goce) para compensar la pérdida originaria del objeto. Este objeto perdido, en el caso de la neurosis, se busca en el campo del Otro.

En esta otra cita de Rabinovich, se diferencia entre un momento de goce pulsional y otro momento donde ese goce pasa a buscarse al campo del Otro

“El goce del síntoma empalma con el goce pulsional sólo en una primera parte de su recorrido, porque para su resolución final requiere que el sujeto haga nuevamente su ingreso en el lugar del Otro, haga pasar su verdad al campo del Otro” (Rabinovich, N. pág. 93).

Paul Verghague hace referencia al modelo de las neurosis actuales para pensar estas presentaciones y diferencia en relación a los usos del síntoma que hace el sujeto, mientras en la psiconeurosis el sujeto se vale del síntoma para defenderse de la angustia, señal del encuentro con lo real; en las neurosis actuales el sujeto es utilizado por un único síntoma; la angustia automática o traumática.

Una paciente con obesidad mórbida (hiperobesa) que ha sido abusada durante toda su adolescencia por un familiar, relata que al comienzo del abuso se despertaba a la noche con una crisis de angustia, sus padres la castigaban para que deje de llorar. Al tiempo empezó a despertarse para comer. “Atacaba” la heladera en esos atracones nocturnos y comía “todo mezclado” dulce de leche con mayonesa por ejemplo, de su familia dice “en mi casa está todo mezclado” “mi mamá es mi hermana; mi

papá es el papá de mi mamá”

Con escasos recursos simbólicos para tramitar la angustia, ya que el Otro no dona significantes, la angustia toma la vía de la acción. Tomemos entonces el modelo de las neurosis actuales para pensar este lugar del goce pulsional que no pasa por el Otro. Las neurosis actuales tienen como fundamento una excitación, una tensión sexual acumulada, no “derivada”, para la cual no se dispone de mecanismos de sustitución, que es lo propio de la psiconeurosis: si la fobia de Juanito es un síntoma neurótico no es porque le tiene miedo al padre sino al caballo; operación metafórica, sustitutiva, recurso de derivación con el cual las neurosis actuales se ven dificultadas para contar.

En la neurastenia Freud asevera que la descarga adecuada es reemplazada por una menos adecuada; la excitación somática es dispersada por cortocircuito. Si tomamos de la neurastenia la referencia freudiana a la masturbación y la ampliamos a lo masturbatorio, en un sentido amplio, autoerótico, no necesariamente genital, podemos considerar que esa descarga menos adecuada no permite que el circuito pulsional se complete ya que se suspende el recurso al inconciente, es decir al significante, afectando esto al trabajo de traducción necesaria al recorrido del circuito de la pulsión.

En su texto sobre las adicciones, el Dr. Héctor López sostiene que las sustancias tóxicas tienen un efecto de cancelación sobre el dolor, entendiendo el dolor como exceso de carga no ligada que produce un traumatismo y agrega que el atajo que toma el adicto en el acto de cancelación equivale a un “corto circuito” “El acto adictivo representa un corto circuito en detrimento de los procesos simbólicos, de la actividad fantasmática y de los afectos. La actuación les permite sustituir la elaboración psíquica y reducir las tensiones internas” (López, H. pág. 147).

¿Dónde se produce el corto circuito? López retoma el texto freudiano “Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” Freud se refiere al acto masturbatorio y describe una serie de caminos. Supone que hay un primer estadio donde la pulsión se satisface sola, al que denomina autoerotismo. Luego el autoerotismo se suelda a las fantasías. Es decir, las fantasías brindan un marco imaginario en el que se escenifica la satisfacción. Asimismo, brindan un libreto simbólico. Se produce una soldadura de la pulsión con un objeto tomado de las representaciones de deseo que, a su vez, son tomadas del círculo de amor del objeto. El corto circuito se da entonces en la soldadura entre la fantasía y la pulsión, ubicando la sensación provocada por el *pharmakon* como el objeto que restituye la función protectora de la fantasía en relación a la pulsión. El sujeto toma un atajo hacia algo que está al alcance de su mano. La satisfacción es inmediata, sin mediación, sin el recorrido del significante, sin pasar por el Otro. Mientras que la satisfacción que se juega en el síntoma está vinculada al goce fálico la satisfacción en el circuito corto de la pulsión está en el goce masturbatorio.

“Su función aquí es la de toda satisfacción de necesidad en una relación con el más allá que determina la articulación de

un lenguaje para el hombre. El goce masturbatorio allí no es la solución del deseo. Es su aplastamiento como el niño de pecho en la satisfacción de la nutrición, aplasta la demanda de amor en relación a la madre” (Lacan, J. 1958 pág. 481).

En este sentido recurrir al *pharmakon* es un atajo para cancelar el dolor del trauma pulsional, mientras que el “neurótico tolera el desvío que va del sujeto al Otro por los carriles de la demanda ... donde el adicto recurre a la sustancia... el neurótico se dirige al Otro”

Y agrega López:

“El dolor como síntoma de la dificultad de ligar lo pulsional, puede ser considerado clínicamente como “un síntoma en lo real”... el sujeto carece de los mecanismos de simbolización que puedan anudar el goce pulsional con el significante, para producir un síntoma neurótico” (López, H. pág. 151).

De aquí que Recalcati hable del antiamor para las adicciones, ya que el sujeto no va a buscar el objeto perdido en el campo del Otro:

“El “antiamor” indica precisamente esta ruptura, este divorcio entre el sujeto y el Otro: el objeto perdido no se transfiere al campo del Otro, sino que se estanca de forma narcisista en el cuerpo del sujeto. El goce no sigue el camino del síntoma (como ocurre en la clínica clásica de la neurosis) sino el más directo de prácticas y técnicas pulsionales que parecen excluir cualquier referencia a una satisfacción inconciente” (Recalcati, M. Pág. 13).

¿Pero qué implica que el objeto se estanca de forma narcisista en el cuerpo del sujeto? Freud en “Duelo y melancolía” señala que la posición melancólica

“parece exigir que la elección de objeto se haya cumplido sobre una base narcisista, de tal suerte que la investidura de objeto pueda regresar al narcisismo si tropieza con dificultades. La identificación narcisista con el objeto se convierte entonces en el sustituto de la investidura de amor” (Freud, S. 1915, pág. 247).

De este modo hace su aparición un objeto que no es el objeto de amor, que es un objeto pulsional.

La pérdida del objeto, implica entonces una pérdida del yo “deberíamos inferir que él ha sufrido una pérdida en el objeto; pero de sus declaraciones surge una pérdida en el yo” (Freud, S. 1915, pág. 245).

Esto nos introduce en el problema de la constitución del yo. Son pacientes que si pierden el objeto, ellos no valen para sí mismos. Entonces, ¿pueden perderlo? ¿Se puede perder lo que nunca estuvo constituido, o lo que se constituyó precariamente? La paradójicamente luminosa frase freudiana “la sombra del objeto ha caído sobre el yo”, nos revela que el sujeto está en posición de objeto y está dificultado para salir de esa posición porque en primer lugar implica un duelo por dicha posición, pero ese duelo conmueve la estructura en el punto de precariedad de la constitución de ese narcisismo.

Las otras formas de presentación del síntoma comparten entre sí una marcada tendencia a la melancolización o a posiciones maniaco-depresivas. También pueden declinar en una franca

melancolía. Prueba de esto, son las exigencias de psicodiagnóstico o tratamientos psicológicos que se comenzaron a incorporar en los protocolos de operaciones gástricas para la obesidad, debido al alto índice de suicidios registrados en pacientes que atravesaron esa cirugía.

La dificultad de duelar es, entonces, una consecuencia de estas posiciones subjetivas y puede expresarse en inhibiciones generalizadas que se traducen en un empobrecimiento yoico. Cito a Freud:

“Las inhibiciones más generales del yo obedecen a otro mecanismo, simple. Si el yo es requerido por una tarea psíquica particularmente gravosa, verbigracia un duelo, una enorme sofocación de afectos o la necesidad de sofrenar fantasías sexuales que afloran de continuo, se empobrece tanto en su energía disponible que se ve obligado a limitar su gasto de manera simultánea en muchos sitios, como un especulador que tuviera inmovilizado su dinero en sus empresas... A partir de aquí ha de abrírsenos un camino que nos lleve a comprender la inhibición general característica de los estados depresivos y del más grave de ellos, la melancolía” (Freud, 1925, pág. 86).

Un duelo, una situación de pérdida, pone a prueba la estructura y en estos pacientes revela las dificultades en la constitución del narcisismo, en el lugar que ocuparon en el Otro. La anorexia es quizá la que logra mayor eficacia en “mostrar” la dificultad de duelar:

“Vivir es imposible para ella, pues su única meta, sin que lo sepa es la de reemplazar a un muerto; es la de ser un muerto en el fantasma de un pariente, a quien el duelo le resultó imposible” (Raimbault-Eliacheff, 1989 pág. 10).

“Es ella misma que se vuelve momia, que encarna el goce en el propio cuerpo fetichizado del propio cuerpo-flaco” (Recalcati, M. 2004 pág. 252).

“La anorexia no se detiene en ese evocar una nada (como la histeria)... la anorexia es la nada que avanza en la escena, que se hace visible, y a veces parecen cadáveres caminando, como si fueran la muerte misma, sin ningún velo” (Ventoso, J. 2008 pág. 191).

La idea de corto circuito o de circuito corto del recorrido de la pulsión, tomada de la neurastenia y de las adicciones consideramos que es un modelo del que nos podemos servir para pensar estas presentaciones, ya que excluyen al Otro de la demanda y del deseo y nos permite recortar como problema la constitución del narcisismo, lo preedípico.

BIBLIOGRAFÍA

- Amigo, S. (2001). “Clínica de los fracasos del fantasma” Homo Sapiens Ed CABA.
- Freud, S. (1893/95). “Estudios sobre la histeria” en “O. C.” Vol. II Amorrortu CABA.
- Freud, S. (1893). Primeras pub. psicoanalíticas en “O. C.” Vol. III CABA 1993.
- Freud, S. (1914/1990). “Introducción al narcisismo” en “O.C.” Vol. XIV Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1990). “Duelo y melancolía” en “O.C.” Vol. XIV Amorrortu CABA.
- Freud, S. (1925). “Inhibición, síntoma y angustia” en “O.C.” Vol. XX Amorrortu.
- Lacan, J. (1954/1988). “Función y campo de la palabra” en Escritos 1 Siglo XXI.
- Lacan, J. (1958). “El Seminario” Libro VI, “El deseo y su interpretación” Paidós.
- Lacan, J. (1974). Seminario RSI Inédito.
- Lacan J. (1961/62). “El seminario” Libro IX clase 2 de mayo de 1962 Inédito.
- Lacan, J. (1962/63). “El seminario”. Libro X, “La Angustia” Paidós CABA 2007.
- Lacan, J. (1967). “Breve discurso a los psiquiatras” Ficha de cátedra. Fragmento.
- Lacan, J. (1966/2002). “La dirección de la cura” en Escritos 2 Siglo XXI CABA.
- López, H. (2006). Cap. V en “Las adicciones: sus fundamentos clínicos” Lazos.
- Miller, J. (2005). “El Otro que no existe y sus comités de ética” Ed. Paidós CABA.
- Rabinovich, N. (1998). “Lágrimas de lo real” Homo Sapiens Ediciones CABA.
- Raimbault-Eliacheff (1989). “Las indomables figuras de la anorexia” Nueva Visión CABA.
- Recalcati, M. (2003). “Clínica del vacío Anorexias, dependencias, psicosis” Síntesis.
- Ventoso, J. (2008). “Qué consume el (al) sujeto anoréxico” en “Hojas Clínicas” JVE Ediciones.
- Verhaege, P. (1996). “El diagnóstico psicoanalítico: el síntoma entre neurosis actual y psiconeurosis” en Diversidad del síntoma. EOL. CABA.